Ein durch andere Missbildungen komplizierter Fall von Dermoiden des Auges.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

gesamten Medizin

verfaßt und einer

hohen medizinischen Fakultät

der

Kgl. Bayer. Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Michel Inglessis.

MÜNCHEN 1918.

Druck der Kgl. Hofbuchdruckerei Kastner & Callwey, München

By

Ein durch andere Missbildungen komplizierter Fall von Dermoiden des Auges.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

gesamten Medizin

verfaßt und einer

hohen medizinischen Fakultät

der

Kgl. Bayer. Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Michel Inglessis.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

MÜNCHEN 1918.

Druck der Kgl. Hofbuchdruckerei Kastner & Callwey, München

By

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät
der Universität München.

Referent:
Herr Professor Dr. von Heß, Geheimer Hofrat.

Die Dermoide des Auges werden von den meisten Autoren nach der Lokalisation eingeteilt, in solche der Korneoskleralgrenze, der Karunkel und der Übergangsfalte des Konjunktivalsackes. Letztere haben wegen der besonders starken Entwicklung des Fettgewebes den Namen Lipodermoid erhalten.

Früher hielt man die Dermoide für Warzen oder für Lipome, wie es die älteren Benennungen, z. B. Naevus spitus, Trichosis congenita conjunctivae (v. Graefe), Naevus lipomatode, Lipoma crinosum (Hilmy), Verruca conjunctivae (Müller), beweisen.

Erst Ryba (1853) scheint diese Geschwülste mit dem richtigen Namen Dermoid zu bezeichnen. Während nun damals das Fettgewebe in diesen Gebilden, auch bei der Benennung derselben, am meisten imponierte, strebt die neuere Auffassung dem Derma die dominierende Stelle zu geben und dem Fettgewebe eine Nebenbedeutung zu schaffen.

Der angedeutete Gegensatz äußert sich einigermaßen in dem Streite um die bereits erwähnten Lipodermoide.

Während manche Autoren, wie Hock, Rogman, Lagrange und andere die Existenz von „reinen" Lipomen bei den Fällen von sogenann-

ten „subkonjunktivalen Lipomen“ mit Bestimmtheit anerkennen, behaupten andere, wie Bögel und Wagenmann, daß jedes „subkonjunktivale Lipom“ ein Lipodermoid sei, welches nach Nobbe immer teratoiden Ursprungs, das heißt ein echtes Dermoid sei.

Es scheint nun, als ob das Lipom immer mehr Boden verliere, und das „Dermoid“ der Hauptdarsteller in diesem Geschwülstekreise bleibe.

Aber auch andere Gebilde, die unter anderen Bezeichnungen durch ihre Entdecker und Beschreiber bekannt wurden, scheinen nunmehr ihren alten Namen abgelegt zu haben und unter dem Zeichen des Dermoids ihren Platz in der Teratologie des Auges einzunehmen.

Ich erwähne das „Ektropium der Bindehaut“ (Fronmüllers), die „angeborene Wucherung der Lidbindehaut“ (Ammons), das „supplementäre oder vierte Lid“ (Dubois' und Fanos).

Wohl die meisten dieser Gebilde entpuppen sich als Dermoide oder Lipodermoide.

Besonders wichtig in dieser Beziehung ist die Beobachtung und Mitteilung Ewetzkys. Dieser Autor führt 5 Fälle an, bei denen faltenartige Gebilde in der Gegend der Übergangsfalte zu konstatieren waren, und deren mikroskopische Untersuchung ergab, daß sie Lipodermoide wie die gewöhnlichen der Übergangsfalte sind.

Klinisches Verhalten: Das Dermoid ist durchweg angeboren. Oft wird aber von den Trägern dieser Mißbildungen oder deren Angehörigen berichtet, daß diese Geschwülste erst im

späteren Leben entstanden seien. Dies beruht aber bekanntlich darauf, daß diese kleinen Gebilde unter dem Lide verborgen bleiben, bis sie endlich durch ihr Größerwerden oder durch die wachsenden Haare störend werden und die Aufmerksamkeit des Trägers bezw. der Umgebung auf sich lenken.

Am häufigsten sind die Dermoide der Korneoskleralgrenze. Bei dem weiblichen Geschlechte werden sie häufiger angetroffen; so nach Cappés (27 Fällen) 18 bei Frauen und 9 bei Männern. Nach Saemisch (56 Fälle) 31 bei Frauen und 25 bei Männern. Andere Autoren geben den Unterschied noch größer an.

Komplikationen: Das Dermoid kommt sehr oft vor bei vorhandenen anderen Mißbildungen des Auges. Bei 65 Fällen von Lidkolobom z. B. fanden sich 27 mit Dermoiden und Lipodermoiden kombiniert (Fricke). Nach Nobbe finden sich in ca. 65% der Fälle gleichzeitig andere Bildungsanomalien an den Augen. Aber auch Kombinationen mit anderen Mißbildungen, besonders solchen des Kopfes, kommen vor; nach Nobbe in ca. 12% der Fälle. Unter diesen sind zu nennen: Asymmetrien des Gesichtes, Makrostoma, Mikrognathie, Warzen, Lipome, Dermoide an anderen Stellen des Körpers, Gaumenspalte, Hasenscharte, Gesichtsspalte, Appendices auriculares, Mißbildungen der Ohrmuschel, Klumpfuß usw.

Diese Mißbildungen waren kombiniert sowohl mit Dermoiden, wie mit Lipodermoiden der Übergangsfalte. Diese letzteren sind natürlich sehr

häufig mit Dermoiden der Korneoskleralgrenze kombiniert anzutreffen.

Ich möchte mir erlauben, einige Beispiele aus der Literatur anzuführen.

So berichtet Fricke von einem Mädchen, das an den Lidern beider Augen Defekte aufwies; sowohl rechts wie links war in der Gegend des äußeren Canthus ein flacher, gelbrötlicher Tumor zu sehen, dessen konjunktivaler Überzug nach außen hin in die Haut des Canthus externus überging, nach innen hin in eine locker sitzende Falte auf die Sklera sich umschlug. Die Geschwülstchen trugen keine Härchen. Der genannte Beobachter faßt dieselben als Dermoide auf.

Von multiplen Dermoiden mit Kolobom der Lider berichtet ferner Horner. Am linken Auge des Patienten waren zwei Geschwülstchen von graurötlicher Farbe und wenig elastischer Konsistenz an der Korneoskleralgrenze lokalisiert. Beim Heben des Oberlides zeigte sich eine dritte halbmondförmige Geschwulst mit zahlreichen Härchen besetzt.

Rechts war ein doppeltes Kolobom zu sehen, ferner unter dem Oberlide in der Gegend des Canthus externus eine ähnliche halbmondförmige Geschwulst.

Nobbe sah einen Knaben mit Kolobom des Oberlides rechts, zwei kleinen Geschwülstchen an der Korneoskleralgrenze, ferner einem großen Lipodermoid des lateralen Teiles des Konjunktivalsackes; links ebenfalls Kolobom des Oberlides und eine ähnliche Geschwulst an der Über-

gangsfalte. Zugleich sah man drei kleine, übereinander liegende Geschwülstchen vor dem rechten Antitragus, desgleichen zwei vor dem linken.

Von Landolt wurde ein Fall mit symmetrischen Lipodermoiden beobachtet; vor dem rechten Antitragus waren zwei Appendices auriculares zu sehen.

Eine Kombination von Mißbildungen erwähnt Collomb. Symmetrische Dermoide des Konjunktivalsackes; Mißbildung der Ohrmuschel, Appendix auricularis vor dem Tragus, kongenitaler Klumpfuß links.

Was das Vorkommen und die Kombination mit anderen Abnormitäten betrifft, so zeigen diese beiden Arten von Dermoiden (also die der Korneoskleralgrenze und der Übergangsfalte) einen augenscheinlichen Parallelismus. Dagegen ist ihr Verhalten im späteren Leben verschieden. Die Lipodermoide haben nämlich eine ausgesprochene Tendenz weiter zu wachsen. Vielleicht beruht dieser Unterschied darauf, daß die Lipodermoide zum überwiegenden Teil ihrer Masse aus Fettgewebe bestehen, das den Trieb zum fortwährenden Wachstum in sich birgt, wobei die dermalen Elemente nur sekundär mitwachsen.

Lokalisation: Für die reinen Dermoide typisch ist die Lokalisation an der äußeren oder äußeren unteren Korneoskleralgrenze. Es gibt aber auch zentral der Kornea aufsitzende (Emmert) und sogar den größten Teil derselben einnehmende Dermoide (Schmidt-Rimpler). Auch unten innen (Saemisch) und oben, even-

tuell symmetrisch (Virchow) sitzende Dermoide sind beobachtet worden.

Dagegen gilt als typische Lokalisationsstelle für die Lipodermoide der Übergangsfalte die Gegend zwischen dem oberen und dem äußeren geraden Muskel des Augapfels.

Bemerkenswert ist, daß diese Gegend auch von anderen Tumoren bevorzugt wird (Nobbe). Diese Tatsache ist vielleicht für die Erklärung der Entstehungsweise dieser Art von Dermoiden nicht ohne Belang.

Nur ca. 30% weisen eine andere Lokalisation auf.

Pathologische Anatomie: Was den Bau anbetrift, so zeigen die reinen Dermoide das gewöhnliche für sie charakteristische histologische Bild. Bei den Lipodermoiden ist dagegen die überwiegende Entwicklung des Fettgewebes eigentümlich, was ja der Grund ist, warum man früher diese Geschwülste für ein einfaches Lipoma subconjunctivale hielt und später als Lipodermoid bezeichnete. Das Fett kann mit dem orbitalen Fettgewebe zusammenhängen (Graefe, Ewetzky).

Die Hautelemente können verschieden stark vertreten sein, sogar nach Ansicht einiger Autoren (Lagrange) vollkommen fehlen. Tatsache ist, daß die Lipodermoide mit der Oberfläche der Konjunktiva untrennbar zusammenhängen, was mehr für die neoplasmatische (dermoidale) Natur und gegen eine einfache Ausstülpung des Fettes, von der Orbita her, etwa nach Art einer Hernie, spricht.

Allerdings könnte es sich auch um ein reines,

angeborenes Lipom der Bindehaut handeln. Es fehlt aber vorläufig an Beweisen.

Pathogenese: Die Entwicklungsgeschichte der Dermoide am Auge ist noch nicht ganz aufgeklärt. Als formale Ursachen wurden beschuldigt: der gestörte Schluß der schrägen Gesichtsspalte und somit auch der Lidspalte, ferner amniotische Stränge und Verwachsungen (Van Duyse), eine abgesprengte Karunkel usw. Ob diese oder jene Erklärung tatsächlich zutrifft, oder ob verschiedene Ursachen gleichzeitig mitwirken, ferner ob die Lipodermoide der Bindehaut dieselbe Ätiologie mit den anderen Dermoiden des Auges haben, ist noch nicht entschieden.

Gallenga z. B. glaubt, daß die Lipodermoide ihre Entstehung einer Störung in den verschiedenen Phasen der Entwicklung des Auges und seiner Adnexe verdanken, wobei besonders abnorme Entwicklungsvorgänge der Tränendrüsen und der Krauseschen Drüsen in Betracht kommen (Saemisch).

Es ist aber doch nicht ausgeschlossen, daß auch diese letzten Störungen auf amniotischen Strängen oder auf mangelhaftem Verschluß der Gesichtsspalte beruhen. Das Vorkommen der Dermoide und der Lipodermoide zusammen mit anderen Mißbildungen, die ihrerseits keine einheitliche Erklärung zulassen (Hasenscharte, Wolfsrachen, Appendices auriculares, Klumpfuß, Syndaktylie usw.) spricht vielleicht für die verschiedene Möglichkeit der Entstehung dieser Tumoren. Und da ja letzten Endes die Ursache der Mißbildungen in der überwiegenden Mehrzahl der

Fälle im Keime zu suchen ist, so ist nicht einzusehen, warum nicht mehrere Störungen gleichzeitig zustande kommen sollten.

Merkwürdig ist es immerhin, daß das weibliche Geschlecht gegenüber dem männlichen die Mehrzahl der Fälle von Augendermoiden aufweist. Dies würde auch für eine besondere Disposition des Keimes sprechen.

Von Heredität läßt sich nicht viel sagen. Meistens sind die Eltern „gesund" und in der Familie nichts derartiges bekannt.

Eine besondere Berücksichtigung dürfte man jener Form von Lipodermoiden gönnen, die Ewetzky „halbmondförmige Lipodermoide oder Faltendermoide" nennt und die man wohl am besten als „Ewetzkysche Falten" bezeichnet. Denn diese Gebilde müssen als etwas eigenartiges betrachtet werden, die nicht nur durch ihre aufallende Form, sondern auch durch ihre Lokalisation genau am äußeren Augenwinkel gekennzeichnet sind. Sie dürfen nicht mit ähnlichen faltenartigen oder klappenartigen Gebilden zusammengeworfen werden, die wohl auch Lipodermoide sein können, aber an anderen als der typischen Stelle des äußeren Augenwinkels ihren Sitz haben. Deswegen gerade empfiehlt sich die Bezeichnung „Ewetzkysche Falte".

In den vergangenen Jahrzehnten wurde zwar diese eigentümliche Falte mehrbach beobachtet und beschrieben. Man deutete sie aber falsch, weil man das histologische Bild derselben nicht kannte.

Man glaubte, es handelte sich um ein akzes-

sorisches oder viertes Lid, um Ektropium der Bindehaut usw. Erst Ewetzky in Moskau machte ausdrücklich darauf aufmerksam und bewies die neoplasmatische, dermoidale Natur dieser faltenförmigen Tumoren.

Bereits früher aber finden sich über Lipodermoide der Übergangsfalte Beschreibungen, aus denen hervorgeht, daß dieselben faltenförmig waren, obwohl die betreffenden Beobachter der eigenartigen Form und der Lokalisation keine besondere Aufmerksamkeit geschenkt zu haben scheinen. Das mag aber damit zusammenhängen, daß das Wesen dieser Gebilde, die wir heutzutage Lipodermoide nennen, nicht ganz klar war, und man eben begann, zu erkennen, daß es sich um Dermoide handeln müsse.

Einen Fall von echter Ewetzkyscher Falte erwähnen Hirschberg und Birnbacher. Es handelte sich um ein 18jähriges Mädchen, das am linken Auge in der Gegend der äußeren Kommissur eine hellgelbe, glatte Hervorragung aufwies. Dieselbe sprang besonders bei Einwärtswendung des Auges stark hervor. Mit einer ziemlich deutlichen Furche war sie medianwärts gegen die an den Hornhautrand grenzende normale Bindehaut abgesetzt; lateralwärts und nach unten verschwand sie ganz allmählich gegen die äquatorialen und hinteren Teile des Augapfels; auch nach oben wurde sie dünner. Bei der Operation wurde eine plattwurstförmige Neubildung mit samt ihrem Überzug exstirpiert. Die Untersuchung ergab einen dermoidartigen Bau.

Auf einer dem Berichte beigefügten Abbil-

dung dieses Falles sieht man, daß der Tumor halbmondförmig nich innen zu absetzte. Derjenige aber, der zuerst auf die eigentümliche Form hingewiesen hat und eine genaue Beschreibung dieser Art von Lipodermoiden gab, war, wie bereits früher erwähnt, Ewetzky (Hirschberg, Zentralblatt für praktische Augenheilkunde 1898, 13., S. 236).

Von den 5 Personen, die dieser Autor erwähnt, gehörten 4 dem weiblichen Geschlechte an — also ein analoges Verhalten, wie es die gewöhnlichen Dermoide und Lipodermoide aufweisen. Nur 1 Fall war mit einer anderen Mißbildung kompliziert, und zwar handelte es sich um einen Mikrophthalmus.

Die Geschwülste wurden beobachtet meist um das 10.—20. Jahr herum, und zwar lenkten die Aufmerksamkeit auf ihr Vorhandensein zum Teil das kosmetische Verhalten, zum Teil die Reizung der Conjunctiva.

Die Falten waren mit dem Bulbus nicht verwachsen, so daß sich eine Rinne unter denselben bildete, die je nach der Richtung des Augapfels tiefer oder seichter wurde, in einem Falle sogar vollständig verschwand. Bei einer Patientin hing die Falte mittels eines dünnen Stieles mit einem erbsengroßen Dermoid, das am äußeren Augenwinkel außerhalb der Lider saß, zusammen. Die Falte war ganz glatt; das Dermoid trug Haare. Bei einer anderen Patientin wies die Falte selbst Haare auf.

In einem anderen Falle waren die Haare nur mikroskopisch nachweisbar.

Die histologische Untersuchung ergab das für Lipodermoide charakteristische Bild, nämlich reichliches Fettgewebe, dünne Kutis oder kutisähnliche Schicht, geschichtetes Plattenepithel, stellenweise auch zylindrisches, Anlagen zu Epithelzapfen, Talgdrüsen, eventuell mit feineren oder gröberen Haaren, Gefäßen, Nerven und sogar Muskelfasern. Für Ewetzky unterliegt es keinem Zweifel, daß es sich um Lipodermoide handelte, die sich durch ihre eigenartige Form von den anderen auszeichneten.

Wie erklärt sich nun diese eigentümliche Form? Wie entsteht dieses halbmondförmige, faltenartige Dermoid?

Ewetzky selbst gibt keinen Aufschluß darüber. Die Entstehung dieser Falten ist für ihn rätselhaft. Er meint, daß „die Konstanz ihrer Lage und ihre äußerlichen Eigentümlichkeiten weder durch die Theorie der versprengten Keime oder der amniotischen Verwachsungen noch durch irgendeine andere der für die Entwicklung der Dermoide überhaupt aufgestellten Theorien genügend erklärt werden könnten.

In der Entwicklungsgeschichte der Lider müssen noch für uns unbekannte Vorgänge sich abspielen, die ein Licht auf die Entstehung dieser angeborenen Anomalien zu werfen geeignet sein dürften."

Vorläufig liegen keine Untersuchungen vor, die diese Behauptungen Ewetzkys bestätigen bzw. widerlegen würden. Unsere heutigen Kenntnisse der Entwicklung des Auges und der Lider erlauben noch keinen Einblick in die feineren Vor-

gänge, besonders in Bezug auf die Genese derartiger Mißbildungen.

Wir wissen zwar, daß mangelhafter Schluß der Gesichtsspalten und amniotische Stränge eine wichtige Rolle spielen und manches zu erklären vermögen, aber der Grund, warum in dem einen Fall diese Art der Mißbildung und in einem anderen Fall jene Art entsteht, entzieht sich leider noch der wissenschaftlichen Forschung.

Die Ewetzkysche Falte hat eine äußerliche Ähnlichkeit mit der Plica semilunaris. Damit läßt sich aber nicht viel anfangen. Es wird behauptet, daß diese Plica semilunaris ein Rudiment eines bei Tieren vorkommenden dritten Lides darstelle. Es würde wohl nahe liegen, einen Parallelismus zwischen dieser Plica und der Ewetzkyschen Falte herzustellen, indem man letztere als ein Rudiment eines vierten Lides auffaßt.

Der histologische Bau aber stimmt so deutlich mit demjenigen der gewöhnlichen Lipodermoide der Übergangsfalte, daß es schwer fällt, die Ewetzkyschen Gebilde einfach als ein „Rudiment" zu erklären.

Eine andere Deutung wäre die, daß die Ewetzkyschen Falten nichts anderes wären als plattgedrückte gewöhnliche Lipodermoide des Bindehautsackes, die ihre Form nur der besonderen Lokalisation verdanken. Diese einfache mechanische Erklärung befriedigt aber nicht alle Fragen nach der Entstehung der halbmondförmigen Falten.

Vielmehr scheint die besondere Form für komplizierte Vorgänge zu sprechen, deren Wesen uns vorderhand noch vollkommen dunkel ist.

Eigene Beobachtung: Im Anschluß an diese allgemeinen Bemerkungen möchte ich mir erlauben, einen Fall zu erwähnen, der mit mehreren Dermoiden und anderen Mißbildungen behaftet war.

Die Patientin war 11 Monate alt. Bei der Betrachtung des Kindes fiel eine deutliche Asymmetrie des Kopfes auf; es schien, als ob die rechte Seite etwas nach rechts hinübergezogen wäre. Der Mittelpunkt der Verziehung lag in der Gegend des rechten Ohres. Das Ohr selbst fand sich in einer kleinhandtellergroßen Vertiefung des Schädels eingesunken, deren Grund überall fest anzufühlen war. Die Ohrmuschel hatte die Form eines Hörrohres mit einem tiefen Einschnitt an der vorderen Wand.

Tragus, Helix und Anthelix wiesen deutlich ausgeprägte Mißbildungen auf. Das Ohrläppchen war stark verkümmert und mit der Gesichtshaut fast verschmolzen. Vor dem Tragus saß eine erbsengroße, weiche, gut bewegliche Geschwulst von normaler Hautfarbe, wohl eine sogenannte Appendix auricularis. Zwei ähnliche Geschwülstchen saßen links vor dem linken Ohre, das zwar normaler als das rechte aussah, aber ebenfalls deutliche Mißbildungen nicht vermissen ließ.

Die Kopf- und Gesichtshaut in der Umgebung des rechten Ohres hatte eine narbige Beschaffenheit, mit strahlenförmig um den Porus anuticus externus angeordneten Zügen.

Am rechten Auge war ein kleines Dermoid zu sehen, das in der typischen Korneoskleralgrenze saß, von glatter Oberfläche, gelblichröt-

licher Farbe und haarlos war. Sonst war an diesem Auge nichts besonderes zu konstatieren.

Links sah man zunächst nichts. Aber beim Verziehen des äußeren Canthus nach außen und

bei gleichzeitiger Hebung des Oberlides sprang deutlich eine kleine, glatte, gelbliche, halbmondförmige Falte hervor. Sonst war an diesem Auge keine weitere Mißbildung zu sehen. Nur an der Grenze zwischen dem inneren und mittleren Drittel des Oberlidrandes ließ sich eine Anlage eines eben wahrnehmbaren Koloboms erkennen.

Ähnlich angedeutet war eine doppelte Hasenscharte, Dagegen zeigte der Gaumen keine auffallende pathologische Besonderheit.

Im übrigen konnte der Körper des Kindes als normal bezeichnet werden.

Sowohl das Dermoid rechts wie die Falte links sollen gleich nach der Geburt beobachtet worden sein.

Die Mutter meint, daß die Falte an Größe zunehme. Vorläufig sind keine Reizerscheinungen von Seiten der Bindehaut zu konstatieren.

Das Kind wird auf die Klinik gebracht, um diese Augen- und Gesichtsmißbildungen loszuwerden.

Die Eltern selbst sind frei von ähnlichen Anomalien. Auch will man in der Familie nichts derartiges wissen. Die Mutter ist 36 Jahre alt, der Vater 49. Sie sind 6 Jahre verheiratet und haben nur ein Kind. Kein Abgang, keine Frühgeburt wird angegeben.

Vielleicht sind diese Daten nicht ohne Bedeutung für die Genese der vorliegenden Abnormitäten. Obwohl das Alter der Eltern eigentlich nicht hoch ist, könnte es doch in diesem Falle, wo es sich um eine Erstgebärende handelt, einen hemmenden Einfluß auf die Entwicklung — besonders des Amnions — und auf den Verschluß der fötalen Gesichtsspalten ausgeübt haben.

Doch mag die Beziehung des Alters der Eltern und der kongenitalen Dermoide, Ohranhängsel usw. bei den Kindern der Gegenstand einer besonderen Untersuchung werden.

Epikrise: Es frägt sich nun, ob es sich in diesem Falle um ein Lipodermoid vom Typus der Ewetzkyschen Falte handelt. Der Tumor wurde noch nicht exstirpiert, und die histologische Untersuchung konnte daher nicht stattfinden. Aber, wie Ewetzky selber in seinem Berichte betont, allein der Anblick dieses charakteristischen Gebildes, an der typischen Stelle, am äußeren Augenwinkel, ferner die gelblichrötliche Farbe, die glatte Oberfläche, die Konsistenz, alle diese Merkmale genügen, um eine ziemlich sichere Diagnose zu stellen. Dazu kommen noch die übrigen Anomalien und Mißbildungen des Ohres und der

Gesichtshaut sowie das Dermoid des anderen Auges, eine Kombination, die ja oft bei Lipodermoiden angetroffen wird. Allerdings fällt in diesem Falle das gehäufte Auftreten der Mißbildungen am Kopfe auf. Eine einheitliche Erklärung dafür wird wohl kaum genügen. Denn die Ohranhängsel z. B. sprechen sehr für die amniotischen Verwachsungen, dagegen würde die Hasenscharte einen mangelhaften Verschluß der fötalen Gesichtsspalte vermuten lassen, und das Dermoid an der korneoskleralen Grenze könnte seine Entstehung einem versprengten Hautkeim verdanken.

Keine dieser Ursachen braucht der anderen untergeordnet zu sein. Vielmehr darf man aus diesen mehrfachen Abnormitäten schließen, daß die eigentliche Fehlerquelle noch weiter zurück — in der frühesten Entwicklungszeit — zu suchen ist.

Was die hier beschriebene Falte (in diesem Falle) angeht, so könnte man an jene Gebilde denken, die, wie bereits erwähnt, unter den verschiedensten Namen beschrieben worden sind, z. B. viertes Lid, Ektropium der Bindehaut usw.

Es liegt aber kein Grund vor, derartiges anzunehmen, zumal diese Gebilde nicht einwandfrei festgestellt worden sind und jedenfalls nur äußerst selten vorkommen dürften.

Am Schlusse dieser Arbeit ist es mir eine angenehme Pflicht, Herrn Geheimen Hofrat Professor Dr. von Heß für die Übernahme des Referates bestens zu danken. Desgleichen bin ich Herrn Professor Dr. Lohmann für die gütige Überlassung des Falles zu großem Danke verpflichtet.

Literatur.

Bögel: Archiv für Ophthalmologie 1886, XXXII.
Collomb, H.: Archiv. d'Opthalmog. 1905.
Contino: Annales d'oculist. 140, S. 71.
— Encyclop. française d'pthalmologie, 1905.
Ewetzky: Zentralbl. für prakt. Augenheilkunde, 1898.
Fuchs: Augenheilkunde.
Gallenga: Archiv für Augenheilkunde XXII, 1888, und Encyclopédie française d'opthalmol. 1898.
v. Hippel: Handbuch der Augenheilkunde. Graefe-Saemisch, Bd. II.
Hanke: Graefes Archiv 190, 574.
Horner: Klin. Monatsblätter f. Augenheilkunde 1864.
Lagrange: Archiv. d'opthalmol. XX.
Marc. Landolt: Archiv. d'opthalmol. 1912.
v. Michel: Handbuch der Augenheilkunde. Graefe-Saemisch, Bd. V.
Nobbe: Graefes Archiv 1897, 44, und in Encyclopéd. française d'opthalmologie 1905.
Römer: Augenheilkunde.
Rochat: Annales d'oculist. 137, S. 315.
Schreiber und Krailsheimer: In Lubarsch, Ergebnisse 1910—1913.
Peters: Die angeborenen Fehler des Auges.

Lebenslauf.

Ich, Michel Inglessis, bin am 10. Dezember 1894 zu Athen in Griechenland geboren. Nach Absolvierung einer Privatschule besuchte ich das humanistische Gymnasium und verließ dasselbe mit dem Zeugnis der Reife im Sommer 1911. Meiner Neigung, Medizin zu studieren, entsprach ich zunächst in Athen. Im Frühjahr 1913 kam ich nach Berlin, wo ich die ärztliche Vorprüfung bestanden habe, und bis zum Mai 1915 verblieb.

Darauf ging ich in die Schweiz und besuchte während zweier Semester die Vorlesungen der medizinischen Fakultät in Bern. Im April 1916 setzte ich meine Studien in München fort und legte im Herbst 1917 die ärztliche Prüfung ab.